



 /  / 

CNS DO PROFISSIONAL:*	CBO:*	CNES:*	INE:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CATEGORIA DO PROFISSIONAL:*	NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL:*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
FORA DA ÁREA:	Nº DA ÁREA:	Nº DA MICROÁREA	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS):
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Identificação da Mãe

NOME DA MÃE COMPLETO:\*

CPF:\*

NIS (PIS/PASEP):

Nº CNS:\*

Nº SMM:

## Avaliação da Mulher

RELAÇÃO SEXUAL: RETORNO MENSTRUUAÇÃO: SULFATO FERROSO:\*

Sim  Não  Sim  Não  Sim  Não

MÉTODO CONTRACEPTIVO ESCOLHIDO\*

Aleitamento Materno  Preservativo (Masc./Fem.)  Comportamental  DIU  Diafragma  Nenhum  
 Hormonal Injetável  Hormonal Oral  Cirúrgico  Gel Espermicida  Outro

LÓQUIOS:\*

Vermelho (após 2dias)  Amarelado (após 10 dias do parto)  Purulento(Patológico)  Ausente  
 Branco ou Seroso (16ª Pós-parto)

AVALIAÇÃO DAS MAMAS:\*

Não Lactante  Lactante  
 Normal  Fissura  Abscesso  
 Ingurgitadas  Nódulo  
 Mastite  Hiperemia

CONSULTA GINECOLÓGICA:\*

Sim  Não

## Avaliação da Criança

NOME DA CRIANÇA COMPLETO:\*

Nº DO REGISTRO CIVIL:\*

DATA DE NASCIMENTO:

 /  / 

IDADE:

 dias

PESO ATUAL:\*

 g

CLASSIFICAÇÃO DO PESO

Elevado  
 Baixo  
 Adequado  
 Muito baixo

PERÍMETRO CEFÁLICO ATUAL:\*

 cm

CLASSIFICAÇÃO DO PC

Acima do Esperado  
 Adequado  
 Abaixo do Esperado

COMPRIMENTO ATUAL:\*

 cm

CLASSIFICAÇÃO DO COMP.

Elevado  
 Baixo  
 Adequado  
 Muito baixo

CLASSIFICAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO\*

Provável atraso no desenvolvimento  
 Alerta para o desenvolvimento  
 Desenvolvimento adequado com Fatores de Risco  
 Desenvolvimento adequado

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA\*

Ausência ou Pré-Natal Incompleto  Prematuridade (< de 37 semanas)  Icterícia Grave  Doenças Graves como: meningite, traumatismo craniano e convulsões  Casos de Deficiência ou Doença Mental na Família  
 Problemas na Gestação, Parto ou Nascimento  Peso abaixo de 2.500g  Hospitalização no Período Neonatal  Parentesco entre os pais  Sem fator de Risco  
 Fatores de Risco Ambiental como: violência doméstica, depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa, suspeita de abuso sexual, etc.

## Triagem Neonatal

BIOLÓGICA - TESTE DO PEZINHO

Não realizado  Normal  Alterado

EM CASO DE RESPOSTA ALTERADO, MARQUE AS CAUSAS:

Fibrose Cística  Deficiência de Biotinidase  
 Hipotireoidismo Congênito  Hiperplasia Adrenal Congênita  
 Anemia Falciforme  Fenilcetonúria

AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA

Não realizado  Normal  Alterado

OXIMETRIA - TESTE DO CORAÇÃOZINHO

Não realizado  Normal  Alterado

REFLEXO - TESTE DO OLHINHO

Não realizado  Normal  Alterado

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Não  Sim Qual?

SOLICITAÇÃO EXAMES LABORATORIAIS/IMAGEM

Não  Sim Qual?

 

## Vacinas

BCG\*  Sim  Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Medo de reação adversa  Sem autorização médica  
 Criança doente  Vacina em falta na UBS  
 Desconhecimento da vacina  Ausência de profissional para vacinar  
 Alergia  Recusa dos responsáveis

HEPATITE B\*  Sim  Não

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Medo de reação adversa  Sem autorização médica  
 Criança doente  Vacina em falta na UBS  
 Desconhecimento da vacina  Ausência de profissional para vacinar  
 Alergia  Recusa dos responsáveis

ALEITAMENTO MATERNO:

Sim - Exclusivo  Não  
 Sim - Misto

EM CASO DE RESPOSTA NÃO, MARQUE AS CAUSAS:

- Crença na produção ineficiente de leite  Condições clínicas da criança  
 Dificuldades em amamentar  Condições clínicas da mãe  
 Uso de bicos artificiais  Falta de informação  
 Introdução de outros alimentos  Recusa da mãe  
 Outros

EXAME FÍSICO

Sem Alteração  
 Com Alteração

Quais? \_\_\_\_\_

## Estratificação de Risco\*

Baixo Risco  Médio Risco  Alto Risco

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:\*

Sim  Não ESTÁ PREENCHIDA CORRETAMENTE?  Sim  Não

**Atenção: Preencher FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DA Criança anexada no site em "Formulários".**

**CARIMBO/ASSINATURA**